



申請表

請依照說明填寫本申請表。
請使用黑墨或藍墨筆以正楷書寫。



第1部份：提供為兒童、孕婦、未出生嬰兒提出申請的人或為自己提出申請的人的資料。

1 姓 名		中間名簡寫		2 出生日期 月 / 日 / 年	
3 住址 (門牌號數及街道名稱) 不要使用郵政信箱			4 公寓號碼		5 電話號碼 ()
6 城市		7 縣	8 郵遞區號		9 工作電話號碼 ()
10 通信地址 (如果與上址不同) 或郵政信箱			11 公寓號碼		12 留言電話號碼 ()
13 城市			14 郵遞區號		
15A 你最流利的語言?			15B 你最會看那一種語言?		

16 我們會將兒童或孕婦加入他們有資格參加的計劃。如果你不希望參加下列任何計劃，請在下列方格內打勾號。

- 我不想參加：**
- Healthy Families** 不要寄出生證。不要填寫 Healthy Families 頁。
 - Medi-Cal**

第2部份：提供申請醫療保險、未滿19歲的兒童及/或孕婦的資料。

	子女1或 未出生嬰兒 如未出生 <input type="checkbox"/> 於格內打勾	子女2	子女3	子女4	孕婦
17 姓名：	姓				
	名				
	中間名				
18 出生證上的姓名：	姓				
(如果與17所列相同，請留空)	名				
	中間名				
19 如果子女的地址與第1部份，問題3不同，請提供完整地址：					
20 與第1部份的人的關係：					
21 性別：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
22 出生日期：	月 / 日 / 年	月 / 日 / 年	月 / 日 / 年	月 / 日 / 年	月 / 日 / 年
23 出生地：縣或州，如在美國以外，填寫國家					
24 種族代號： (見#24之說明)					
25 美國公民或國民？ 如果“否”，請填寫進入美國的日期。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 月 / 日 / 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 月 / 日 / 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 月 / 日 / 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 月 / 日 / 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 月 / 日 / 年
26 社會安全號碼：					

申請 Healthy Families、緊急醫療或與懷孕有關醫療者無須填寫社會安全號碼。

如需協助，請打免費
電話：1-800-880-5305

請沿虛線撕下

請沿虛線撕下

第 2 部份：續

子女 1 或 未出生嬰兒 如未出生 <input type="checkbox"/> 於格內打勾	子女 2	子女 3	子女 4	孕婦
--	------	------	------	----

27 母親姓名： 姓 名 母親是否居住在同一家中？					
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
28 父親姓名： 姓 名 父親是否居住在同一家中？					
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
29 青少年配偶或孕婦 丈夫姓名： (如居住在同一家中)					
30 申請人是否有 免費 Medi-Cal？ 如果“是”，請 說明結束日期。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 / / 月 日 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 / / 月 日 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 / / 月 日 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 / / 月 日 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 / / 月 日 年
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
31 孕婦和/或其他子女 是否有其它健康、 牙科或視力保險？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
32 提出申請的子女在 過去 90 日內是否有 雇主提供的保險？ 如果“是”，請說 明健康保險停止 的原因及停止的 日期。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 搬家，新地 點不提供保險 <input type="checkbox"/> 雇主終止所 有員工的福利 <input type="checkbox"/> COBRA 保險 結束 <input type="checkbox"/> 其它 / / 月 日 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 搬家，新地 點不提供保險 <input type="checkbox"/> 雇主終止所 有員工的福利 <input type="checkbox"/> COBRA 保險 結束 <input type="checkbox"/> 其它 / / 月 日 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 搬家，新地 點不提供保險 <input type="checkbox"/> 雇主終止所 有員工的福利 <input type="checkbox"/> COBRA 保險 結束 <input type="checkbox"/> 其它 / / 月 日 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 搬家，新地 點不提供保險 <input type="checkbox"/> 雇主終止所 有員工的福利 <input type="checkbox"/> COBRA 保險 結束 <input type="checkbox"/> 其它 / / 月 日 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 搬家，新地 點不提供保險 <input type="checkbox"/> 雇主終止所 有員工的福利 <input type="checkbox"/> COBRA 保險 結束 <input type="checkbox"/> 其它 / / 月 日 年

第 3 部份：在家同住的家庭成員。家庭人數是決定你的子女有資格參加哪一計劃的考慮因素之一。

33 列出在家同住、年齡在 21 歲以下、沒有列在第 2 部份的子女之姓名，並說明他們與第 1 部份，問題 1 的人之關係。

姓、名	關係	姓、名	關係
姓、名	關係	姓、名	關係

34 住在家裡的成員是否有懷孕？ 是 否
 如果是，請說明是誰： _____ 預產期： _____

35 先前沒有列出住在家裡的繼父母： _____ 姓、名

36 列在本部份者，或任何列在第 2 部份的父母是否希望得到 Medi-Cal？ 是 否



如果你似乎符合申請 **Healthy Families** 的資格並希望現在選擇你的保健、牙科及視力計劃，請填寫本頁，否則，我們會以後再與你聯絡獲取這些資料。詳情請閱讀你的 **Healthy Families 手冊**，或查閱我們的網頁：www.healthyfamilies.ca.gov。

A 部份：保健、牙科及視力計劃選擇。

56 保健計劃 / 代碼	57 牙科計劃 / 代碼	58 視力計劃 / 代碼
59 醫生姓名 / 診所 (自願填寫)	60 醫生 / 診所代碼 (自願填寫)	61 牙醫姓名 / 診所 (自願填寫)
		62 牙醫 / 診所代碼 (自願填寫)

B 部份：郊區示範性計劃。

63 如果你屬於下列組別，你可以參加一項新的州際綜合保健、牙科及視力計劃。你可以選擇此新綜合計劃並將代碼填在下列方格內。請查閱列於 **Healthy Families 手冊** 內的組合代碼。請在你適用的方格內打勾號。

<input type="checkbox"/> 印第安人 或 從事季節性或流動性工作 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 林業 <input type="checkbox"/> 漁業	綜合計劃代碼
---	--------

C 部份：Healthy Families 聲明。

我聲明我申請的每一個人：

- 是 California 居民。
- 不是在監獄或精神病院。
- 沒有資格得到 Medicare A 部份及 B 部份。
- 不是有資格得到 California 公務員退休系統健康福利計劃的家庭之成員。

我進一步聲明：

- 列在申請表上的每一個人將遵守所加入保健計劃的參加規則、使用審核過程及爭議解決過程。
- 我已閱讀並瞭解 **Healthy Families 手冊**、各保健、牙科與視力計劃及它們所提供的福利。
- 我為我所有符合 **Healthy Families** 要求的子女提出申請，除非他們已加入該計劃，或我已滿 18 歲，或未成年，為自己申請。
- 我同意支付 6 個月保費。如果我不付保費，我將被從計劃中退出，並 6 個月內不能再參加計劃。我必須支付在醫療保險結束後的最後一個月所使用的任何 **Healthy Families** 服務。
- 我同意 **Healthy Families** 調查我的家庭收入、健康保險、申請人的移民身份及本申請表內所有其它資料。
- 我同意，如果任何被接受參加本計劃者的地址或收帳單地址有變更，我將在 30 日內提出通知。

D 部份：隱私通知。

1977 年資料處理法律及聯邦隱私法律要求本計劃向被要求提供資料的 **Healthy Families** 申請人提供下列通知：要求申請人提供的個人及醫療資料的目的僅限於識別申請人及管理本計劃。CCR 計劃條例第 10 條，第 2699.6600 節要求每一位 **Healthy Families** 申請人必須提供某些資料。參加者的資料可能會提供給管理保健計劃的州或當地政府機構。不參加計劃者的資料(包括移民身份)僅用於審定資格及計劃管理使用。沒有提供完整資料的申請表可能會被退回。

下列資料可自由提供：社會安全號碼、種族資料(印第安人除外)及其它註明為自願或選擇性提供的資料。申請人有權要求查閱由風險管理醫療保險局保管的個人資料。負責管理這些資料者是風險管理醫療保險局，資格審查和加入部副部長 (Deputy Director of Eligibility and Enrollment, Managed Risk Medical Insurance Board, 1000 G Street, Room 450, Sacramento, California 95814)，電話：(916) 324-4695。

E 部份：解決紛爭。

如果你加入某些計劃，你同意某些補償(可能包括醫療事故賠償)由中立而具有約束力的仲裁決定。會員放棄以陪審團或法院審判的權利。**Healthy Families 手冊** 內載有每一計劃的資料及仲裁要求。你可打電話到你選擇的計劃查詢詳情。

F 部份：簽名及證明。

64 我證明我已閱讀並瞭解以上資料。我證明我在本表提供的資料均為真實正確。

簽名 _____ 日期 _____

證人 簽名 _____ 日期 _____

(如果申請人以記號簽名)